

ANIL *News*

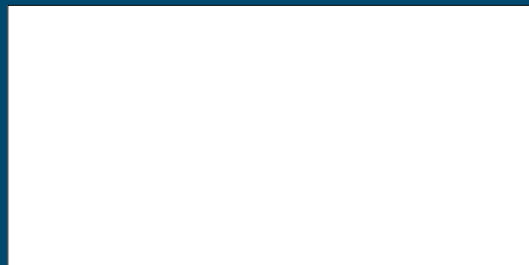
DÉCEMBRE | DEZEMBER 2017

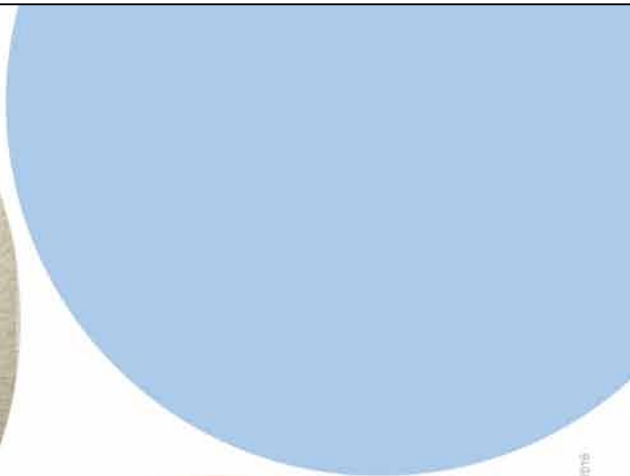
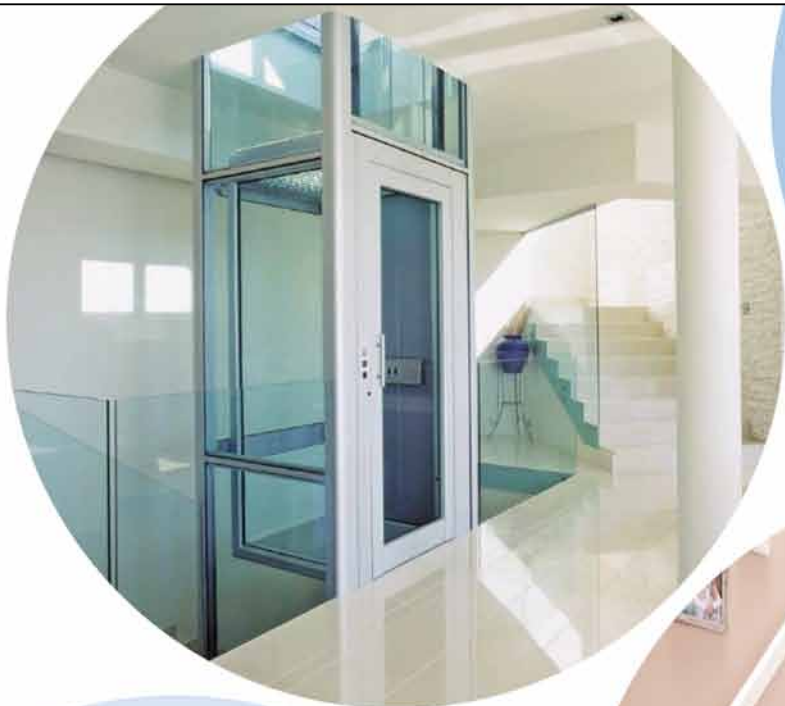
MAGAZINE OFFICIEL DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LUXEMBOURGEOIS



*D'ANIL wënscht
all senge Memberen
schéi Feierdeeg
an ee gudde Rutsch
an dat neit Joer*

Port Payé
P/S.506





ESTUSCOIN®



thyssenkrupp

Ascenseurs | Monte-charges
Monte-escaliers | Escalators
Parkings mécaniques
Portes automatiques
Plates-formes élévatrices

Infos &
Devis au
40 08 96



POSSIBILITÉ DE TESTER LE MONTE-ESCALIERS
DANS NOS LOCAUX SUR RDV

ThyssenKrupp Ascenseurs | Contern
luxembourg@thyssenkrupp.com
www.thyssenkruppascenseurs.lu





Sommaire

Edito 1

Michèle HALSDORF, Présidente de l'ANIL

Actualités de l'Anil

Workshoppen um Kongress vum 20. Oktober 2017 3

Biller vun eisem Kongress 4

Donateurs et Sponsors 6

D'ANIL op der «Foire de l'étudiant» 7

Formations continues

Einschreibeformular: Basic Life Support (BLS) 8

Journées des bonnes pratiques de soins 9

Actualités professionnelles

Recherche de candidats pour le projet Interreg 11

Advanced Practice Nurse, Nurse Practitioner 12

Gründung der „Nationalen Aarbechtsgrupp Delirium“ 14

Das Delir 16

Comment une réflexion sur les déchets devient-elle du développement durable? 20

Pilotprojekt Palliative Geriatrie 21

ANIL News

Magazine officiel de l'Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois

Editeur responsable: ANIL - Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois
B.P. 1184 - L-1011 Luxembourg

Secrétariat de l'Anil:

ouvert du mardi au jeudi de 7.30 à 11.30 heures

Tél.: 49 58 09 · Fax: 40 85 85

e-mail: anil@anil.lu · www.anil.lu

Comité de rédaction:

Elisabete Nobrega, Marie-France Liefgen

Photos: Fotolia, ANIL

Impression: Imprimerie Heintz, Pétange

Avis: La reproduction, même partielle, des articles du magazine Anil News est interdite sans autorisation préalable. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Edito

Michèle HALSDORF

Présidentin vun der ANIL



Léif Lieserinnen an Lieser

Am Kader vum Kongress vun der ANIL deen den 20. Oktober statt fonnt huet, hunn mir eis en ganzen Dag Zäit geholl fir ons iwwert den Beruff vun der Infirmière hei zu Lëtzebuerg Gedanken ze maachen. Wou stinn mer wou ginn mer hin? Dëst wor eis konkret Fro an ech denken, dass mir e puer ganz gutt Usätz konnten definéieren déi fir den Beruff an seng Zukunft wäerten wichtig sinn.

Interessant wor et ze héieren wéi et aktuell an aneren Länner, wéi der Schwäiz an a Frankräich ausgesäit. D'Professor Dr Zumstein aus der Schwäiz an den Dr Christophe Debout aus Frankräich hunn eis do interessant an wichtig Impulser kënnen mat op den Wee ginn.

Den genauen Detail vun hiren Virträg wou si gehalen hunn, fann der op eisem Internet Site.

Nomëttes an den Workshoppen sinn folgend Ideeën an Themen fest gehalen ginn, déi mir am nächsten Joer weider verdéiwen wäerten.

Wat den rechtlechen Volet vum Beruff ubelaangt, esou huet sech eraus gestallt, dass mir sécher bedéngt duerch eis Attributiounen en rechtlechen Kader hunn, mir awer och gesinn dass am Aarbecht's Alldag Verschiddenes oft nët richtig gehandhaabt gëtt oder mir eis do munnechmol an enger gewässer Grauzone befannen. Wichtig ass, dass d'Infirmière hiren Beruff no guddem Wëssen an Gewëssen ausüben kann, an alles wat si dorun hënnert oder si bremst sech an Zukunft besseren muss.

Wei gesäit et an der méi wäite, an awer dach noe Zukunft vun dem Infirmière s Beruff aus? Sécher ass, dass den Beruff sech wäert veränneren. Eng positiv Verännerung muss och kommen, fir kënnen mat der Zäit ze goen an mir esou och nët riskéieren stoen ze bleiwen. Trotz neien innovativen Technologien muss den Mënsch fir den Beruff vun der Infirmière ëmmer op éischter Platz stoen. Och fir d'Zukunft wäert en etheschen Kader eminent wichtig bleiwen wann nët zu guer ëmmer méi wichtig ginn.

D'Bild vun der Infirmière an eiser Gesellschaft spigelt vill den Volet vun der Responsabilitéit zeréck, esou soten Leit wou dëst spontan gefrot ginn sinn, dass fir si den Beruff vun der Infirmière mat vill Responsabilitéit verbonnen ass, d'Infirmière oft nët genuch Zäit huet, an hier wichtigst Aufgab déi ass, den Mënschen ze hëllefen. Fir dass d'Gesellschaft den Beruff vum Infirmier besser kann verstoen an him esou och deen néidegen Stellwäert kann ginn, muss nach vill iwwert den Beruff informéiert an sensibiliséiert ginn.

Fir d'Joer 2018 wou jo och bekanntlech Chamber Walen virun der Dier stinn, wäert d'ANIL eng kloer Position bei den politeschen Parteien bezéien an hinnen eis Fuerderungen matdeelen.

Esou hoffen ech dass d'Joer 2018 en interessant an och spannend Joer wäert ginn.

Vun menger Säit an am Numm vum ganze Conseil vun der ANIL wënschen mir lech all schéin Feierdeeg an e gudden Rutsch an dat néit Joer.

Quand investir devient aussi simple qu'épargner



- ✓ Montant minimal à investir très bas
- ✓ Gestion personnalisée et automatisée
- ✓ Interface de gestion simple et accessible 24h/24
- ✓ Convient aussi aux investisseurs débutants



SPUERKEESS

Äert Liewen. Är Bank.

Workshopen um Kongress vum 20. Oktober

En kleng Resumé

Responsabilitéit vun der Infirmière / dem Infirmier

En Workshop vum Gilles Evrard huet d'Thema „Responsabilitéit vun der Infirmière / dem Infirmier“ behandelt. En erausstiechend Thema war d'Interdisciplinaritéit, woubäi de legale Kader net respektéiert gëtt. Konkret goufe Beispiller vum „rôle délégué“ genannt. Déi diskutéiert Fäll hun „Prescriptions médicales“ behandelt, déi net Gesetzeskonform waren.

D'Schrëft vum medezinesche Personal wier oft schwéier oder och guernet liesbar. Och wieren d'Prescriptiounen net komplett. Net seele feelen d'Ugaben zum Verofräichungswee, der Dauer oder zur geneeër Dosis. Duerch d'Feeler entsteet eng onkloër Behandlung déi eventuell zu Problemer féiren kéint. Dës probéiert d'Fleegepersonal mat hirer Erfahrung auszegläichen. Gläichzäiteg stinn déi Kompetenzen net an hiren Attributiounen.

Gutt Beispiller stelle Fleegegedéngschtleeschter mat engem informatiséierte Dokumentatiounssystem duer. D'Lieserlechkeet stellt dobäi kee Problem méi duer. Den automatiséierte System verhënnert zudeem d'Veruerdne vu liewensgefëerleche Dosen oder d'Ausstellung vun onvollständigen Ordonnancen. Beschriwwen Situatiounen stellen och Prescriptiounen iwwer Telefon duer. Déi sinn duerch déi vill potentiell Fehlerquellen (falsch verstanen, falsch opgeschriwwen, ...) besonnesch problematesch. Zudeem berichten d'Workshopparticipanten vun engem groussen Opwand, fir déi mëndlech Ordonnance am Uschloss schrëftlech bestätegt ze kréien.

En anere Problem dee vu Professionelle bericht gouf, war d'Feelen vu Prescriptiounen au Besoin am ambulanten Beräich wéi z.B. am Secteur Handicap Mental. En Arrangement mam Generalist kéint d'Situatioun eventuell entschäerfen.

Eng aner Erausfuerderung stellt den Ëmgang mat neien techneschen Geräter fier die net all Soigant an der Formatioun behandelt huet. Et ass onkloër wat d'Responsabilitéit vum Patron a wat d'Responsabilitéit vun der Infirmière sinn. Mussen d'Attributiounen eventuell ugepasst ginn, falls an der Zukunft nei Techniken entwéckelt ginn?

Manner thematiséiert gouf d'Aarbecht vun der Infirmière / dem Infirmier am Binome mat enger Aide-Soignante. Och bei dem Skill- a Grade-Mix huet d'Infirmière / den Infirmier eng Responsabilitéit, därer se sech muss bewusst sinn.

D'Règlements grand-ducaux mat den Attributiounen vum Infirmier an vum Aide-soignant, de Code de Déontologie, d'Gesetz iwwer d'Rechter an d'Pflichten vum Patient sin deelweis onkloër formuléiert an loossen vill Spillraum fier Interpretatiounen. Bestemmen Texter missten nach eemol iwwerschafft gin fier d'Responsabilitéit vum Infirmier mei kloër oofzegrenzen. Et gëtt also vill ze dinn!

**Autor(inn)en: Anne-Marie HANFF
vir den Gilles EVRARD**

Workshop sur le métier d'infirmier(ière) en 2050

Lors de notre congrès du 20 octobre, Castor Aguilera a proposé un workshop sur le métier d'infirmier(ière) en 2050. Voici un petit compte rendu.

Suite à une courte présentation des participants combiné avec une question sur leurs attentes par rapport au thème du workshop, qu'a été réalisé un Brainstorming. Notons que nous étions un petit groupe, toutefois bien hétérogène: les 3 langues officielles étaient représentées, un tiers du groupe était féminin, les participants venaient du secteur aigue, de la rééducation et du domicile.

Lors du Brainstorming, les participants devaient se projeter en 2050 et répondre à la question suivante: A quoi pourrait ressembler l'environnement de l'infirmier(ière) en 2050?

Cet exercice fut riche en idées. Afin de bien comprendre le sens des réponses données, nous nous sommes pris le temps de les présenter une à une et d'en valider leur compréhension. Ceci provoqua de riches échanges entre les participants mais facilita ensuite le regroupement d'idées. Les échanges portaient surtout sur les dangers mais aussi sur les opportunités pour les métiers soignants dans un environnement «4.0»*.

Afin d'éviter de rater certaines thématiques touchant notre métier, nous avons ensuite comparé nos premières réflexions aux 3 documents de références suivant:

- OECD** : Environmental Outlook to 2050
- Schwab: la 4^e révolution industrielle
- Rifkin: la 3^e révolution industrielle

Par manque de temps, les 3 références citées ont été présentées de manière très succincte. Pour le rapport de l'OECD un condensé de la conclusion. Pour l'ouvrage de Klaus Schwab, que les chapitres de son ouvrage: la 4^e révolution industrielle (les technologies innovatrices

* Industrie 4.0: appelée également usine du futur ou quatrième révolution industrielle, se caractérise par une automatisation intelligente et par une intégration de nouvelles technologies.

** OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Économiques. <https://www.oecd.org/>

tels que la biotechnologie, la neurotechnologie ou la nanotechnologie; l'intelligence artificielle; la digitalisation des services, l'internet des objets, la robotisation ...). Les 9 piliers thématiques pour 2050 de l'étude Rifkin menée en 2016 au Grand-Duché (énergie, mobilité, prosommateurs et modèle social, économie circulaire, smart economy, alimentation ...) clôtura cette étape de comparaison.

Pris par le temps, nous avons essayé de conclure avec des recommandations qui pourraient aider à réagir au mieux par rapport aux changements déjà en cours ou par rapport aux tendances qui se dessinent:

- Les dangers nommés par l'OECD (population, inégalités sociales, changement climatique) demandent des modèles d'adaptation dépassant les politiques nationales. Le «Penser à l'échelle mondiale mais agir à l'échelle locale» devient incontournable. La profession infirmière n'échappe pas à ce «Leitmotiv».
- La troisième / quatrième révolution industrielle aura un impact sur l'être humain. Les infirmiers (ères) accompagneront les personnes, groupes, communautés dans les changements avenir afin de pouvoir vivre en bonne santé. Les infirmier(ères) sont dans une position d'excellence pour répondre aux problématiques émergentes sur le plan physique, sociale ou mental. Des méthodes agiles*** pour les projets liés aux nombreux changements

sera un atout dans le cursus des compétences infirmières.

- Des changements importants sont déjà en cours, ils sont complexes, de plus en plus rapides et dépassent le champ d'action et les compétences des soignants d'aujourd'hui. Cela crée de l'insécurité risquant de provoquer un repliement et une résistance au changement. Une attitude positive, visionnaire et impatiente par rapport aux changements continus deviendra cruciale pour pouvoir assumer le rôle infirmier.

En conclusion, déchiffrer l'avenir est une tâche risquée. Il y a simplement trop de paramètres à prendre en considération et personne ne connaît l'évolution de ceux-ci. Toutefois il faut rester alerte par rapport aux tendances probables. Le groupe de travail reste toutefois confiant que le chemin vers 2050 sera riche en opportunités pour pouvoir accomplir les missions de notre profession infirmière.

Auteur: Castor AGUILERA

Infirmier Coordinateur Qualité
Recherche et développement

Réseau d'aides et de Soins à domicile HELP
Santé/ Aides et Soins – Croix-Rouge luxembourgeoise

Références:

<http://www.troisiemerevolutionindustrielle.lu>

<https://www.weforum.org/about/klaus-schwab>

*** Les méthodes agiles sont des pratiques de pilotage et de réalisation de projets. Elles se veulent plus pragmatiques que les méthodes traditionnelles.

É puer Biller vun eisem Kongress





Liste des donateurs et sponsors

Liste rectifiée au 1^{er} septembre 2017

Club des 25

Madame la Députée ANDRICH-DUVAL Sylvie	Dudelange
Monsieur BLESER Jean-Paul	Dippach
Monsieur BLESER Paul	Bascharage
Docteur BRUCH Pierre	Grevenmacher
Monsieur GENGLER André	Differdange
Monsieur KOHNEN Guy	Nospelt
Docteur LALLEMANG Jean	Esch/Alzette
Madame la Députée LORSCHÉ Josée	Noertzange
Monsieur NICLOU Romain	Esch/Alzette
Monsieur le Député SPAUTZ Marc	Schifflange
Madame STORCK Maryse	Bascharage
Madame SCAUFLAIRE Catherine	Howald

Membre donateur

Madame SCHOL Danielle	Steinfort
Madame SCHWACHTEN Simone	Heisdorf
Monsieur HANSEN Jean-Paul	Noertzange
Madame GOERGEN Simone	Luxembourg
Monsieur MISCHO Robert	Schouweiler

Annonces

Association Luxembourg Alzheimer
Bâloise Assurances
Centre Hospitalier Emile Mayrisch
Centre Hospitalier du Luxembourg
Cipa Résidence Op der Waasertrap
Claire a.s.b.l.
Elysis a.s.b.l.

Flen Pharma S.N.V.
Hospices civils de la Ville de Luxembourg
Verbandskescht
Fondation JP Pescatore
Résidence Monplaisir
Servior
Stëftung Hëllef Doheem
Sodexo Luxembourg S.A.
Thyssenkrups Ascenseurs
Médecins du Monde asbl
Zithamobil

Stands

ACTESSA SA
AGENCE E-SANTE
CMCM
LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH
Clinical and Epidemiological Investigation Center (CIEC)
FLEN HEALTH SA
FONDATION JP PESCATORE
HOSPIDEX
HOSPILUX SA
LABORATOIRE KETTERHILL
LABORATOIRES URGO
NUTRICIA
MEDECINS DU MONDE asbl
SOCIETE LUXEMBOURGEOISE EN PLAIES
ET CICATRISATIONS asbl
STËFTUNG HËLLEF DOHEEM

D'ANILop der «Foire de l'étudiant 2017»



Den 9. an den 10. November war nees d'Foire de l'étudiant. D'ANIL war nees mat engem Stand vertrueden.

Insgesamt hunn 16 interesséiert SchülerInnen eise Stand gezielt gesicht. Dat klengt vläicht fir den éischte Moment no net esou vill. Am Verglach zum leschte Joer ass et allerdéngs eng stattlech Zuel.

Konkret Froen déi d'SchülerInnen haten, hunn vun ...

... Wat mëscht eng Infirmière an wou schafft se?

iwwert

... Wat verdéngt eng Infirmière?

bis zu

... Wat ass d'ANIL?

... Wéi kann ech Member an der ANIL ginn a wat hunn ech dovunner?

gereecht.

D'Studienméiglechkeete vun enger Infirmière waren och Thema:

... A wéi wäit kennen d'Etuden och am Ausland gemaach ginn?

... Wou kann een dat studéieren a wat sinn d'Ënnerscheeder?

... Wat sinn d'Konditiounen fir dass d'Etuden aus dem Ausland zu Lëtzebuerg unerkannt ginn?

E puer SchülerInnen aus dem LTPS haten sech schon konkret Gedanken zu engem Studium gemaach:

... Ech wéilt gäre Fleegewëssenschaft studéieren, wou kann een dat maachen?

... Wou schafft een zu Lëtzebuerg herno mat engem Bachelorofschloss am Verglach zum BTS-Ofschloss?

D'Froen dozou, ob d'Spezialisatiounen och am Ausland gemaach kenne ginn, goufen no enger kuerzer Erklärung un déi zoustänneg Associatiounen weidergeleet.

Onsicherheete säitens de SchülerInne bestoungen hiesichtleg der Méiglechkeet, nom BTS iwwert d'Passerellen zu Namur en Bachelorofschloss no engem Joer ze maachen.

Am grouse ganze waren et zwee gelongen Deeg. A répéter!

Anne-Marie HANFF
anne-marie.hanff@anil.lu



Recevez les dernières informations par courrier électronique!



Werden Sie regelmäßig über Neuigkeiten zur Pflegeprofession per Mail informiert!



Inscrivez-vous / Schreiben Sie sich ein:

www.anil.lu/newsletter

EINSCHREIBEFORMULAR

Fortbildung: «Basic Life Support (BLS)»

am Samstag, den 13. Januar 2018 von 09.00 bis 12.30 Uhr

Fortbildung zu Notfallmaßnahmen im Falle einer Reanimation mit praktischen Übungen

Kursleitung: Christian Meyer

Wo: LTPS Luxembourg · 27 rue Barblé · L-1210 Luxembourg

Zielgruppe: Infirmier/ère, welche Ihre Kenntnisse auffrischen wollen

Sprache: Luxemburgisch/Deutsch

Preise und Bedingungen: 130€ nicht-Mitglied

110€ Mitglied ANIL

- Ich bin Mitglied der ANIL.
- Ich bezahle über den CCP LU92 1111 0581 9188 0000 der ANIL, nach Bestätigung.
- Ich bin mit den oben beschriebenen Maßnahmen einverstanden und bin mir Bewusst, dass die Anmeldung nach Bestätigung der Anil und durch meine Überweisung der Teilnahmegebühr gültig ist.

Name und Vorname:

Titel/ Beruf:

Straße und Nr.:

Postleitzahl und Ortschaft:

Telefon:

E-Mail für Bestätigung:

Einschreibung und Information: www.anil.lu: formations de l'ANIL

Die ANIL behält sich das Recht vor, die Fortbildung abzusagen bei unzureichender Teilnehmerzahl.

Einschreibung bis den 15. Dezember 2017

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Journée des bonnes pratiques de soins

Samedi, le 3 février 2018 au LTPS à Luxembourg de 9h00 à 13h00

Les thèmes suivants seront répétés lors des ateliers:

- Prise en charge du patient...
- ... diabétique (insulines, médicaments)
- ... stomisé (colostomie, urostomie)
- ... avec dérivation urines, (catheters, etui pénien, auto/hetero sondage)
- ... avec plaies chroniques, (vac, pansements spéciaux)
- ... avec port-à-cath (à confirmer).

Où: LTPS Luxembourg · 27 rue Barblé · L-1210 Luxembourg

Qui: Infirmier/ère

Langue: français, allemand, luxembourgeois

Preise und Bedingungen: 130€ non-membre

110€ membre ANIL

- Je suis membre de l'ANIL.
- Je fais un virement sur le CCP LU92 1111 0581 9188 0000 de l'ANIL, après confirmation.
- J'accepte avec les mesures décrites ci-dessus et je suis conscient que l'inscription est valable après confirmation par l'Anil et par mon transfert des frais d'inscription.

Nom et prénom:

Fonction / profession:

Rue et numéro:

Code postale et lieu:

Téléphone:

E-Mail de confirmation:

Inscriptions et informations: www.anil.lu: formations de l'ANIL

L'ANIL se garde le droit d'annuler la formation, si il n'y a pas assez d'inscrit.

Inscriptions jusqu'au 20 janvier 2018



NOTRE
POINT
COMMUN ?



Nous sommes membres Raiffeisen.

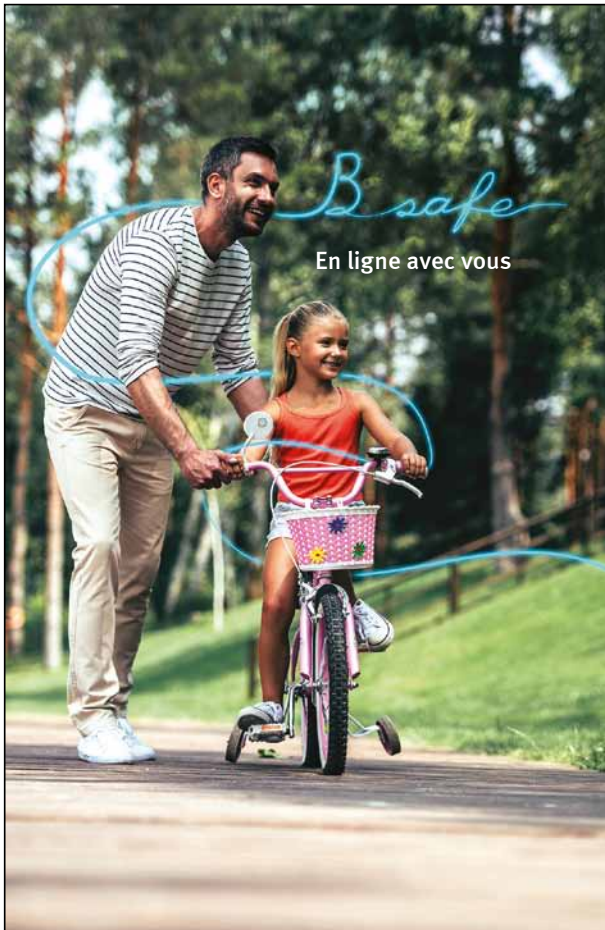


 **Raiffeisen**
Naturellement ma banque

Raiffeisen est une banque coopérative. Et ça change tout! Devenez membre Raiffeisen et profitez des conditions préférentielles OPERA. Augmentez encore plus vos avantages en faisant de Raiffeisen votre partenaire bancaire privilégié. Découvrez tous les avantages OPERA avec votre conseiller dans l'agence Raiffeisen la plus proche ou sur www.raiffeisen.lu. Chez nous, c'est vous le patron.



www.raiffeisen.lu



B Safe

L'assurance ACCIDENT nouvelle génération.
baloise.lu/bsafe

Pour plus d'informations, demandez conseil à :

NADINE WEICKER
Agence générale

Centre commercial « Les Arcades »
L-6940 Niederanven
agence.weicker@baloise.lu
Tél. 26 94 59 24 • GSM 691 436 969

 **Baloise**
Assurances

Recherche de candidats pour le projet Interreg



Dans le cadre du projet INTERREG «Approche Patient Partenaire de Soins», l'équipe du Pr Michèle Baumann de l'Université du Luxembourg souhaiterait rencontrer des infirmières et infirmiers volontaires.

Le but de l'enquête (d'environ 90 minutes par entretien en face à face) est d'analyser les avantages et les difficultés rencontrées dans la mise en place et le développement de ce type de pratique professionnelle auprès de malades atteints de diabète, cancer, cardiovasculaire, dialyse, arthrose et maladies respiratoires.

Si vous êtes intéressé à participer, veuillez nous envoyer vos coordonnées: apps@uni.lu.

Merci pour votre active participation.
L'équipe de Université du Luxembourg

Café Infirmier

SAVE THE DATE



Wéini: Dënschdeg den 13. Mäerz 2018

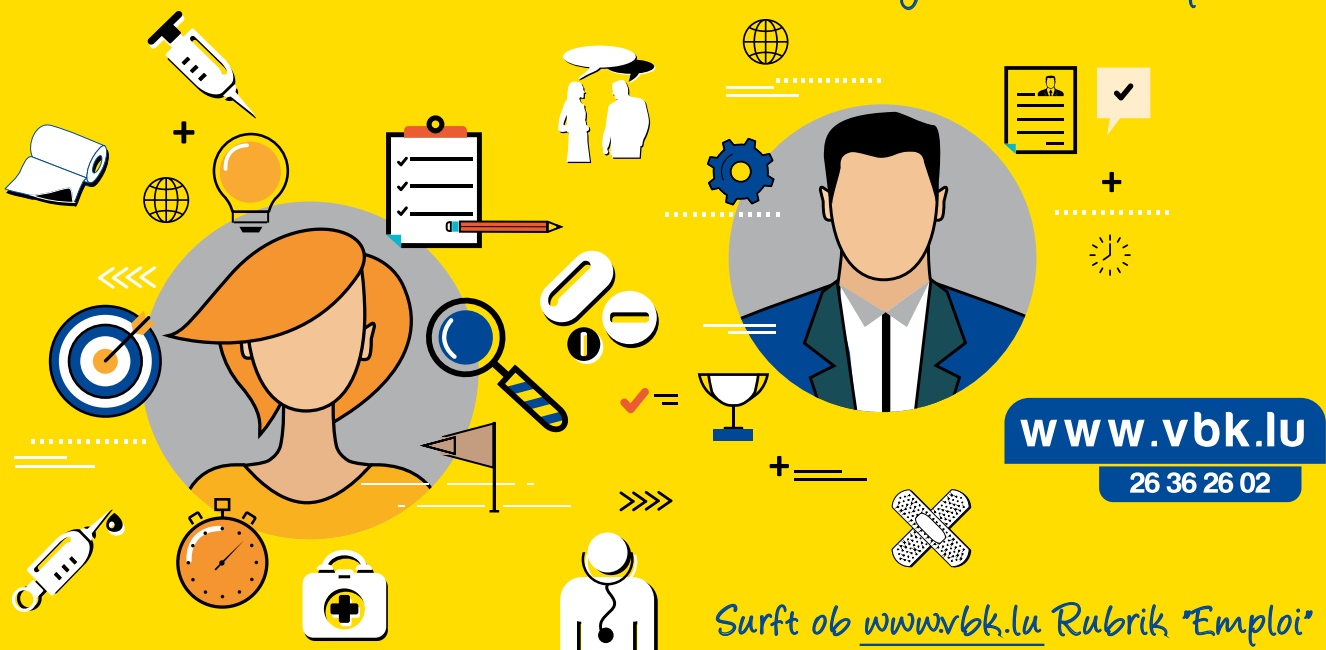
Thema: Delir

D'Participatioun ass gratis.



rekrutéiert

"Eng flott Aarbechtsplaz!"



Surft ob www.vbk.lu Rubrik 'Emploi' fir méi Informatiounen ze kréien.

Advanced Practice Nurse, Nurse Practitioner

Infirmière de pratique avancée, Pflegeexpertin, ...

Die Versorgung verschiebt sich zunehmend von der stationären zur ambulanten Versorgung chronisch Kranker. Gleichzeitig werden die Pflegesituationen immer komplexer. Pflegenden müssen über sehr vertieftes Fachwissen verfügen um zum Beispiel Entscheidungen treffen zu können, ob ein/e Patient/in bereit ist nach Hause entlassen zu werden und wie man die Person auch zu Hause halten kann. Die Kompetenzen einer Pflegenden alleine reichen oft nicht mehr aus. Es braucht zusätzlich Pflegenden mit einer erweiterten Kompetenz, welche weiter entwickelt ist als die der Pflegenden mit Ausbildung.

Es werden viele Begriffe gleichzeitig eingesetzt um diese Pflegenden mit erweiterter und weiterentwickelter Pflegekompetenz zu beschreiben: Advanced Practice Nurse, Nurse Practitioner (Engl.), Infirmière de pratique avancée (F), Pflegeexpertin (D), ... Diese beinhalten ebenfalls feine Unterschiede, auf welche im Rahmen dieses Artikels allerdings nicht weiter eingegangen wird. Zur Vermeidung von Missverständnissen, wird in dem vorliegenden Text, die vom International Council of Nurses (ICN) benutzte Bezeichnung „Advanced Practice Nurse (APN)“ genutzt. Der International Council of Nurses vertritt seit 2002 folgende **Definition** einer APN:

- Es handelt sich dabei um eine examinierte Pflegekraft mit Grundausbildung, die Expertenwissen erworben hat (d.h. in der Regel fünf Jahre Berufserfahrung in demselben Fachbereich), welche
- komplexe Entscheidungen treffen kann und
- über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt.
- Ihre Merkmale werden vom Kontext und/oder Land bestimmt, in dem die Pflegekraft ihre Arbeitserlaubnis erworben hat und
- als Zugangsvoraussetzung wird im deutschsprachigen Raum ein Mastertitel inklusive geregelter Berufserlaubnis empfohlen.

Unter anderem folgende **Tätigkeiten** gehören zu dem Aufgabenfeld einer APN:

- Die APN ist zum einen in der direkten Pflege tätig, führt Konsultationen in komplexen Fällen durch und
- ist in der Schulung und Beratung tätig,
- sie stellt ihr klinisches Expertenwissen für die Pflegenden und die Forschung bereit und
- übernimmt Führungsfunktionen. Dabei werden sie nicht nur in Entscheidungsprozesse, welche die klinische Praxis beeinflussen eingebunden, sondern bekommen ebenfalls Verantwortung übertragen (Shared Governance).

- Die APN bringt die pflegerische Sicht von Patientensituationen in interdisziplinären Besprechungen gezielt und fundiert ein.
- Sie überwacht und leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung des pflegerischen Wissens, evidenzbasierter Praxis und
- adressiert komplexe Gesundheitsthemen für Patienten, Familien, andere Disziplinen, Management und politische Entscheidungsträger.

Die **Tätigkeitsfelder** von Pflegeexpertinnen APN orientiert sich am Bedarf des Gesundheitswesens und der PatientInnen:

- bei einer bestimmten Population (ältere Menschen, schwangere Frauen, Frühgeborene ...),
- in einem bestimmten Umfeld (in der ambulanten oder stationären oder ... Pflege),
- bei einer bestimmten Erkrankung (an Herzinsuffizienz erkrankten Menschen, an Krebs erkrankten Kindern, Menschen mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen),
- bei einer medizinischen Subspezialität (Transplantationsmedizin, Gerontopsychiatrie, Onkologie, Neurochirurgie...) oder
- bei einem bestimmten Pflegeproblem (Schmerzen, Inkontinenz, Atemnot bei Lungenkrebs ...).

APN's können neben genuin pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen anbieten, die bislang dem ärztlichen Aufgabenfeld zugeordnet wurden (Hamric et al., 2009). Mit diesen Interventionen werden in der Regel gesundheitliche Beeinträchtigungen angegangen, die einerseits eine hohe Inzidenz- und Prävalenzrate aufweisen, andererseits oft über lange Zeiträume anhalten. APN's sind in der Lage, sofern die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen bestehen, definierte medizinische Handlungen auszuüben, bestimmte Medikamente zu verordnen respektive deren Verordnungen anzupassen sowie diagnostische Tests zu veranlassen und zu interpretieren. Die Betonung liegt nicht auf dem Ersetzen der Ärzte durch APN's, sondern auf der Ergänzung der bisherigen Pflegemodelle. Dies betrifft insbesondere chronisch kranke Menschen, bei denen nicht die medizinische Behandlung im Vordergrund steht, die jedoch eine hochspezialisierte Pflege benötigen. Neben der Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist die angemessene Finanzierung eine zwingende Voraussetzung für die erfolgreiche breite Implementierung der Rolle Pflegeexpertin APN in den unterschiedlichen Settings (SBK u.a. 2012).

Ein **Beispiel einer Advanced Practice Nurse**: Ein Pflegenden mit einem Doktor in Pflegewissenschaft ist

als Advanced Practice Nurse als Spezialist auf dem interdisziplinären Gebiet, Delirmanagement tätig. Das im Studium erlernte klinische Assessment (körperliche Untersuchung: Auskultation, Palpation,...) ermöglicht ihm, die Klientensituation konkret einzuschätzen und Informationen mit den Ärzten auszutauschen. Auf Anfrage von Pflegenden oder Ärzten führt er Konsultationen durch. Er stellt sein durch jahrelange Erfahrung und Vertiefung im Bereich des Studiengangs erlangtes Fachwissen zum Delirmanagement im Rahmen eines pflegerischen Konsildienstes auf Anfrage stationsübergreifend zur Verfügung. Anschließend an die Konsultation gibt er dem Pflgeteam sowie dem behandelnden Arzt ein Feedback sowie schriftliche Empfehlungen zum Umgang mit dem Delir. In von Fachbereichen geförderten Forschungsprojekten, untersucht er die Wirksamkeit eines am Krankenhaus entwickelten Delirpräventionsprogramm und kann somit die am Krankenhaus durchgeführte, wertvolle Arbeit nach außen sichtbar machen. An der Universität ist er zudem als Dozent in seinem Fachbereich tätig. Er teilt seine neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf wissenschaftlichen Fachkongressen mit internationalen Expertengruppen. Im Rahmen von Fortbildungen, werden Pflegende auf den neusten Stand zum Delirmanagement gebracht (1x/Jahr = 1 Tag Workshop).

Soweit zum internationalen Stand. Wir sind gespannt auf die Entwicklung in Luxemburg.

Bei Fragen und Anregungen

Anne-Marie HANFF

Stud. M.Sc. Pflegewissenschaft
(Universität Witten/Herdecke)

B.Sc. Allgemeine Pflege, Schwerpunkt Case Management/
Gesundheitsförderung (FH Frankfurt/Main)

Staatlich diplomierte Krankenpflegerin (LTPS Luxemburg)

Kontakt: annemariehanff@pt.lu

Quellen:

- DiCenso A., Martin-Misener R. (...) (2010) Advanced Practise Nursing in Canada: Overview of a decision support synthesis. *Nursing Leadership*, 23 (Special Issue December), 15-34
- Hamric A.B., Spross J.A. & Hanson C.M. (2009) *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Saunders, Philadelphia.
- International Council of Nurses: Definition and Characteristics of the Role <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- SBK u.a. (2012): https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012_10_10_Eckpunkte_ANP_dt.pdf

Diabète

Des patients différents, des produits adaptés.

Découvrez la gamme **Accu-Chek®** pour l'autosurveillance glycémique.



ACCUCHEK® Mobile

Le Tout-en-Un
Le lecteur sans bandelette

Pour les patients
diabétiques de type 1

- 1 cassette pour 50 glycémies
- 6 lancettes intégrées
- Déchets sécurisés



ACCUCHEK® FastClix

L'autopiqueur à barillet

- Armer et piquer en 1 clic
- Prélèvement quasi-indolore pour 9 patients sur 10*
- Barillet de 6 lancettes

* S. Kocher, J. K. Tshiang Tshiananga, and R. Koubek. Comparison of Lancing Devices for Self-Monitoring of Blood Glucose Regarding Lancing Pain. *Journal Diabetes Sci and Technol* 2009; 3:1138-1143 - R. Bozel, D. Brie-Durain, M. Samper, C. Gilbert, M. Egies. Evaluation clinique d'un nouvel autopiqueur pour autosurveillance glycémique. *Diabetes Metab* 2012; 38 (S2): A96-97

5650 - www.prc-gl.eu PS-102-15 Rev01



ACCUCHEK® Aviva

La confiance, tout simplement

- Sans puce
- Prise en main facile
- Bandelette extra-large

ACCUCHEK® Aviva Nano

Quand la performance rencontre le design

- Moyenne des glycémies pré et post-prandiales
- Rappel des glycémies post-prandiales
- Écran rétroéclairé



ACCUCHEK®



Distribué par **PROPHAC s.à.r.l.**

5, Rangwee - L-2412 Howald / Tél. : (+352) 482 482-500 / diagnostics@prophac.lu - www.prophac.lu

Gründung der „Nationalen Arbeitsgruppe Delirium Lëtzebuerg“

Zusammenschluss von Mitarbeitern der Intensivstationen des Landes Luxemburg

Bei einem Delir kommt es zu einer akuten Funktionsstörung des Gehirns. Kognitive Beeinträchtigungen, Störungen der Vigilanz, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, aber auch psychomotorische Symptome wie erhebliche Unruhe oder ebenso Zustände mit deutlich reduzierter Motorik treten auf.

Besonders häufig findet man das Delir im Kontext einer Krankenhausbehandlung als Komorbidität. Die heute immer noch gebräuchlichen Begriffe wie „Durchgangssyndrom“, „HOPS“ oder „Intensivstationspsychose“ verharmlosen das Krankheitsbild, da sie der hohen Komplikationsrate nicht gerecht werden.

Das Delir tritt heute häufiger auf als früher, da Menschen immer älter und auch immer intensiver behandelt werden.

Einführung:

Delir (franz.: Syndrome confusionnel, Confusion mentale aiguë) stammt von dem lateinischen „de lira ire“, was bedeutet „aus der Furche gehen“, sprich „neben der Spur sein“.

Es ist eine Aufmerksamkeitsstörung, welche akut beginnt und fluktuierend ist. Sie tritt isoliert auf und ist vorübergehend.

Delir betrifft, je nach Fachgebiet, 60 - 85% aller beatmeten und 20 - 50% aller nicht-beatmeten Intensivpatienten, 10 - 70% aller postoperativen Patienten, bis zu 40% der Patienten in der „Inneren Medizin“ und sehr wichtig auch zu einem sehr hohen Prozentsatz die pädiatrischen Patienten.

Die Folgen des Delirs sind erschreckend. Es gibt eine stark erhöhte Sterblichkeit von Patienten nach Delir (3-mal höher nach 6 Monaten und sie erhöht sich um 10% pro Delirtag nach einem Jahr post-Delir). Vermehrte Komplikationsraten, langanhaltende kognitive Einschränkungen, reduzierte Autonomie, stark erhöhter Pflegebedarf, Scham und psychologische Belastung für Patienten und Angehörige sind weitere drastische Folgen. Die massive Kostenerhöhung (z.B. 4 - 16 Milliarden Dollar/Jahr in den USA. In weiteren Veröffentlichungen (Field) wird sogar von 152 Milliarden Dollar pro Jahr in den USA geschrieben) darf nicht unbeachtet bleiben.

Bis zu 40% der Delirrentstehungen sind laut Studien vermeidbar!

Neue „Nationalen Arbeitsgruppe Delirium - Lëtzebuerg“

Bei einem Treffen im Dezember 2016 haben sich Michael Dewes (Anästhesiepfleger auf der Intensivstation des Centre Hospitalier Emile Mayrisch - CHEM) und Ingo Kickert (Krankenpfleger auf Intensivstation des Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle - INCCI) gemeinsam entschlossen, eine

luxemburgische Arbeitsgruppe, bestehend aus ärztlichen und pflegerischen Mitgliedern aller Intensivstationen des Landes, zu gründen, welche die Bekämpfung des Delir zur Aufgabe haben soll.

Beide beschäftigen sich bereits seit langem mit diesem gefährlichen Krankheitsbild. Michael Dewes ist Mitbegründer des deutschen „Delir-Netzwerk“, Ingo Kickert ist Leiter der Arbeitsgruppe „Delirmanagement“ am INCCI.

Am 01.03.2017 haben sich dann bereits Mitarbeiter von luxemburgischen Intensivstationen im Sitzungsraum des „Maison bleu“ am Haerz-Zenter getroffen und die „Nationalen Arbeitsgruppe Delirium - Lëtzebuerg (NAD-L)“ gegründet.

Anwesend waren: Michael Dewes (CHEM), Ingo Kickert (INCCI), Marko Engel (Hôpital Kirchberg), Marc von Gronsveld (Centre Hospitalier du Nord Ettelbrück), Pascale Guibert (Centre Hospitalier du Nord Ettelbrück).

Bei diesem Treffen wurden die ersten Ziele der Gruppe festgelegt und weitere Vorgehensweisen besprochen.

Am 16.05.2017 kam es bereits zum zweiten Treffen der neuen Arbeitsgruppe, ebenfalls organisiert durch die beiden Mitarbeiter des INCCI und des CHEM. Hier wurden die unten aufgeführten Ziele verfasst. Anwesend waren Kollegen (pflegerisch und ärztlich) der meisten Intensivstationen Luxemburgs.

Die bisher letzte Sitzung fand am 20.09.2017 in einem Sitzungssaal des CHL statt. Vorsitzende waren Michael Dewes und Ingo Kickert. Bei diesem Treffen wurden die Vorgehensweise und die Ziele der Gruppe weiter besprochen. Hier sollte erwähnt werden, dass mittlerweile fast alle Intensivstationen des Landes anwesend, bzw. vertreten waren. Auch der prozentuale Anteil an teilnehmenden ärztlichen Kollegen ist mit jeder Sitzung gestiegen. Dieses zeugt für ein großes Interesse beider Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Kollegen ist in dem Bereich Intensivmedizin bereits sehr eng. Allerdings in Bezug auf eine adäquate Therapie des Krankheitsbildes Delir muss hier noch besser kooperiert und zusammengearbeitet werden. Den Grundstein hierfür legt unsere Arbeitsgruppe (NAD-L).

Ziele:

Bei den Versammlungen wurden folgende Hauptziele festgelegt:

Schaffung eines „Nationalen Projekts Delir“. Hierzu will die Arbeitsgruppe unter der Zusammenarbeit mit allen ärztlichen und pflegerischen Direktoren der Krankenhäuser Luxemburgs, der FHL (Fédération des hôpitaux luxembourgeois) und des Gesundheitsministeriums Luxemburg erreichen, dass die Bekämpfung des Krankheitsbildes „Delir“ ebenso wie „Schmerz“, zum Nationalen Projekt erhoben wird.

Von allen Intensivstationen des Landes Luxembourg sollte mindestens jeweils ein ärztlicher und ein pflegerischer Kollege/in Mitglied in unserer Gruppe sein. Hierzu werden die noch fehlenden Intensivstationen kontaktiert. Hier muss nochmals erwähnt werden, dass die Teilnahme von Ärzten und Pflegepersonen sehr wichtig ist.

Im nächsten Schritt sollen weitere medizinische und nicht-medizinische Fachrichtungen, welche mit dem Problem des „Delir“ zu tun haben, kontaktiert und für die Sache der Gruppe gewonnen werden. Hierzu gehören die Geriatrien des Landes, häusliche Pflegedienste, Notaufnahmen, Pflegeheime, die Universität, etc.

Der EDA (European Delirium Association) Kongress soll im Jahr 2021 in Luxembourg stattfinden. Hierzu möchte die Gruppe weitere Institutionen, Befürworter, Sponsoren, sowie Gleichgesinnte suchen und kontaktieren, damit dieses Projekt gemeinsam realisiert werden kann.

Um das Anliegen der Gruppe voran zu treiben, wurden ebenfalls weitere Arbeitsschritte miteinander besprochen und festgehalten. Hierbei handelt es sich um Aufklärungsarbeit bei Patienten, Angehörigen und der Bevölkerung. Des Weiteren möchten die Mitglieder eine verbesserte Ausbildung im Bereich der Krankenpflege und der Anästhesie-Fachausbildung zum Thema „Delir“ erreichen. Hierzu sollen auch alle Ärzte und pflegerische Kollegen in Luxembourg, welche mit deliranten Patienten arbeiten, die Möglichkeit erhalten, Fortbildungen diesbezüglich im Land besuchen zu können.

Außerdem hat sich die „Nationalen Aarbechtsgrupp Delirium - Lëtzebuerg“ zur Aufgabe gemacht, alle Kollegen im medizinischen Bereich für dieses Thema zu sensibilisieren, damit das Krankheitsbild „Delir“ als Bedrohung für alle Patienten wahrgenommen wird.

Nur gemeinsam kann gegen dieses Übel, welches noch nicht in allen Köpfen des medizinischen Bereichs (sowohl in Luxembourg, als auch weltweit) präsent ist, vorgegangen werden. Die Studien zeigen, dass einem großen Prozentteil unserer Patienten geholfen werden kann (s.o.).

Nutzen für Patienten und Angehörige:

Durch das Engagement der Gruppe kann Leben gerettet, kognitive Einschränkungen verhindert, Pflegebedürftigkeit vermieden, massive Kosten im Gesundheitswesen eingespart, Schamgefühl von Patienten reduziert werden.

Das deutlich verbesserte Patientenoutcome, die Erhaltung kognitiver Fähigkeiten und der Selbständigkeit von Patienten sind durch eine verbesserte Delirprävention und eine gezielte Therapie erreichbar.

In diesem Zusammenhang dürfen die Angehörigen nicht vernachlässigt werden. Auch diese erleiden ein enormes Schamgefühl. Im besten Fall!!! Ansonsten sind psychische Erkrankungen, Ängste und schwerwiegende Nachwirkungen keine Seltenheit bei Familienmitglieder deren „Liebsten“ an einem Delir erkrankt waren.

Dass dieser hoch gefährlichen Krankheit zukünftig im Gesundheitswesen mehr Beachtung geschenkt und gemeinsam dagegen vorgegangen wird, kämpft die „Nationalen Aarbechtsgrupp Delirium - Lëtzebuerg“.

Nutzen für das Gesundheitssystem:

Laut Studien entstehen durch das Delir enorme Kosten für unser Gesundheitssystem (s.o.)

Durch ein erfolgreiches Delirmanagement werden Beatmungsdauer, Infektionsraten, Folgeerkrankungen, Aufenthaltstage auf Intensivstationen, Medikamentenkosten, Krankenhaus-Liegedauer, spätere Aufnahmen in Pflegeheime und dadurch die Kosten für das Gesundheitssystem deutlich gesenkt werden.

Unser Gesundheitswesen finanziell zu entlasten und Krankenhauskapazitäten zu schaffen ist die Pflicht eines jeden medizinischen Mitarbeiters. Hierfür tritt die „Nationalen Aarbechtsgrupp Delirium - Lëtzebuerg“ ein.

Nutzen für das ärztliche Personal und die Pflegepersonen:

Auf keinen Fall darf der Gewinn für die Ärzte und das Pflegepersonal vergessen werden. Diese profitieren in jeder Hinsicht von einer Reduzierung der an Delir erkrankten Patienten. Folgende positive Aspekte ergeben sich durch ein gutes Delirmanagement:

Besseres Outcome

Weniger septische Patienten

Weniger Dekubiti

Durch gutes Scoring: frühzeitige Erkennung, dadurch frühere Therapie, dadurch geringere Delirrate und weniger Delirtage.

Weniger Re-Intubationen, weniger ZVK-Neuanlagen, etc.

Weniger Arbeitsaufwand durch Prävention

Weniger aufwendige Patienten

Weniger Stress

Mehr Zufriedenheit von Personal und Patienten

Ein plus an personeller Arbeitskraft, hierdurch mehr Zeit für die übrigen Patienten bzw. andere Dinge.

Arbeiten in einem angenehmeren Umfeld (farbliche Gestaltungen des Arbeitsplatzes, freundlichere Arbeitsstätten, etc.)

Weniger genervte Kollegen

Weniger Konflikte und weniger Betreuungszeiten der Angehörigen.

etc.

Kontaktdaten:

Dies alles hat sich die „Nationalen Aarbechtsgrupp Delirium - Lëtzebuerg“ zur Aufgabe gemacht und freut sich über jeden Gleichgesinnten, welcher mit ihr an diesem Thema arbeiten möchte. Interessierte können sich gerne unter folgender E-Mail-Adresse mit uns in Verbindung setzen:

NAD.Luxembourg@yahoo.com (Ansprechpartner: Ingo Kickert, INCCI oder Michael Dewes; CHEM)

Sie können sich selbstverständlich auch melden, wenn Sie nicht Mitarbeiter auf einer Intensivstation sind. Wir würden gerne, wie oben beschrieben, weitere Fachabteilungen in unseren Reihen begrüßen. Hauptsache das Delir ist bei Ihrer täglichen Arbeit auch ein Thema.

NAD-L freut sich über jeden Mitstreiter!

Ingo KICKERT

(Anmerkung ANIL: Informationen zu Literaturangaben können gerne bei Herr Kickert angefragt werden.)

Das Delir.

Eigenschaften, Risikofaktoren, Prävention und Behandlung

Nachdem der Artikel von Ingo Kickert die Problematik und Relevanz des Delirs sowie auf die Gründung der „Nationalen Arbeitsgruppe Delirium Lëtzebuerg“ aufmerksam gemacht hat, soll nun ergänzend in diesem Artikel auf das Delir und seine Eigenschaften, Risikofaktoren sowie die Prävention und Behandlung eingegangen werden.

Die Wahrnehmung und richtige Deutung dieser Symptome in der Praxis nimmt für die frühzeitige Erkennung und Behandlung des Delirs eine besonders große Rolle ein. Da Pflegende von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen den intensivsten Patientenkontakt wahrnehmen, können Pflegende im Rahmen der Patientenbeobachtung Veränderungen hinsichtlich eines Delirs am ehesten erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten. Die Sensibilisierung der Pflegenden für die Anzeichen eines Delirs hat somit einen wichtigen Stellenwert zur systematischen Erfassung und trägt zu einer besseren interdisziplinären Kommunikation bei.

1. Welche Eigenschaften zeichnen ein Delir aus?

Fünf Kriterien werden beschrieben (American Psychiatric Association, 2013):

1. Störung der Aufmerksamkeit (keine Fokussierung) und des Bewusstseins (reduzierte Orientierung in der Umgebung),
2. Entwicklung über kurze Zeit (Stunden bis Tage) mit akuter Veränderung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins mit fluktuierender (wechselhafter) Ausprägung im Laufe des Tages.
3. Änderung der Erkenntnisleistung (Gedächtnisdefizit, Verwirrtheit, Sprachstörung, Verschlechterung des räumlichen Sehens und der Wahrnehmung).
4. Die Kriterien von Punkt 1 und 2 sind nicht durch eine vorbestehende Demenz zu erklären oder stehen im Zusammenhang mit einem Koma (Zustand der Bewusstseinsbeeinträchtigung).
5. Es bestehen Hinweise darauf, dass diese Störung eine direkte physiologische Folge einer anderen Erkrankung, einer Intoxikation oder eines Entzugs (z.B. Drogen oder anderer Medikamente) oder einer Exposition gegenüber eines Toxins sein kann. Es können auch mehrere Ursachen zugrunde liegen.

Konkret können also folgende Deliranzeichen beobachtet werden:

- o Störung der Aufmerksamkeit: Wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt, Unaufmerksamkeit im Gespräch oder in der Handlung
- o Desorientierung: Denkt irgendwo anders zu sein, Erkennt die Tageszeit nicht
- o Störung des Bewusstseins: Hyperalert, schreckhaft; Lethargisch, schläfrig, aber leicht erweckbar; Stuporös, schwer erweckbar oder Komatös, nicht erweckbar.
- o Fluktuierende Ausprägung: Fluktuation des auffälligen Verhaltens im Tagesverlauf (Tritt wiederkehrend oder mit verändertem Schweregrad auf)

- o Desorganisiertes/ inkohärentes Denken: Redet weit-schweifig und belanglos daher, unklarer und unlogischer Gedankengang, springt unvorhersehbar von einem Gegenstand zum anderen
- o Halluzinationen, die mit dem Nichttragen von Brille oder Hörgeräten in Verbindung stehen: Sieht, hört oder riecht Dinge, die nicht vorhanden sind
- o Schwierigkeiten im Sozialverhalten, sie sich durch schlechte Kooperation äußern, verändertes Kommunikationsverhalten bzw. plötzliches Schweigen, Stimmungsschwankungen (reagiert unerwartet emotional) oder allgemeine Verhaltensänderungen.

sowie

- o Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Mobilität
- o Motorische Unruhe: Nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig
- o Verlangsamte Reaktion: Reagiert verlangsamt auf Aufträge
- o Appetitverlust
- o Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Wichtig: Das Delirium kann hypoaktiv (reduzierte Motorik, Verlangsamung, Passivität, Apathie) sowie hyperaktiv (gesteigerte Motorik, Ruhelosigkeit, Aggressivität, Stimmungsschwankungen) Phasen durchlaufen und kann zwischen diesen beiden Stadien fluktuieren (American Psychiatric Association, 2013; Savaskan u.a. 2017, 27). Bei der hypoaktiven Form des Delirs besteht das Risiko, dass das Delir vom Pflegepersonal unerkannt bleibt. Sie werden oft mit einer Depression oder Demenz verwechselt. Bei allen älteren Personen mit Aufmerksamkeitsdefiziten (Apathie, Lethargie, Somnolenz) muss systematisch geprüft werden, ob es sich um ein hypoaktives Delir handelt (Savaskan u.a. 2017, 69).

2. Wie kann man ein Delir von einer Demenz unterscheiden?

Beginn: Ein Delir beginnt akut, eine Demenz hingegen schleichend.

Verlauf: Zudem verläuft das Delir fluktuierend, das heißt am Mittag ist der Pflegebedürftige, welcher unter einer Demenz leidet unauffällig und gegen Abend wird er ruhelos, wandert umher und zeigt aggressives Verhalten bei einem hyperaktivem Delir. Im Falle eines hypoaktiven Delirs würde der Pflegebedürftige von einem Moment zum anderen sehr verlangsamt, passiv und apathisch sein. Bei einer Demenz ist der Verlauf fortschreitend.

Dauer: Ein Delir dauert Stunden bis Wochen, eine Demenz hingegen Jahre.

Bewusstseinsstörung: Beim Delir ist das Bewusstsein gestört, bei einer Demenz hingegen nicht.

Aufmerksamkeit: Aufmerksamkeitsstörungen treten im Falle einer Demenz eher in Spätstadien auf wobei bei einem Delir Aufmerksamkeitsstörungen stadienunabhängig auftreten.

Orientierungsstörungen sowie Halluzinationen sind in beiden Fällen möglich (Savaskan u.a. 2017, 27, 34).

3. Risikofaktoren

Die verschiedenen Delir-Risikofaktoren zu verstehen, ist entscheidend, um gezielt Präventionsstrategien für den klinischen Alltag zu entwickeln. Anhand der Kombination

der Delir-Risikofaktoren, die bei einer Person vorliegen, kann das entsprechende Patientenprofil bestimmt werden. Solche Profile ermöglichen es, präventive Maßnahmen zu ergreifen, eine Diagnose zu stellen und die Ursachen des Delirs zu behandeln (Savaskan u.a. 2017, 41).

Zu den nichtpharmakologischen, personenbezogenen Risikofaktoren gehören:

3.1. Grundvoraussetzungen, welche das Risiko für ein Delir erhöhen (Savaskan u.a. 2017, 42-49)

SUBSTANZ	CHANCE EIN DELIR ZU ERLEIDEN IST
Demographische Merkmale	
hohes Alter: bei 65 oder älter	3 bis 5 mal höher
männliches Geschlecht	1,4 mal höher
Kognitiver Zustand	
Mini Mental State Examination (MMSE) <25	Keine Angaben
Demenz	6,3 mal höher
Körperlicher Zustand	Keine Angaben
Komorbidität von > 3 Krankheiten	16 mal höher
Gebrechlichkeit (Fragility)	Keine Angaben
Mangelernährung	3 mal höher
Herzinsuffizienz	Keine Angaben
Respiratorische Insuffizienz	Keine Angaben
Sensorischen Störung wie Seh- und Hörminderung	1,7 mal höher
Verminderte Flüssigkeitszufuhr	2 mal höher
Polypharmazie: Einnahme von > 3 Medikamenten	33,6 mal höher
Einnahme von Psychopharmaka, Depression	2,4 mal höher
Erhöhter Alkoholkonsum	Keine Angaben
Medikamentenmissbrauch	Keine Angaben

3.2 Auslösenden Faktoren, d.h. Verursacher eines Delirs (Savaskan u.a. 2017, 42-49)

MERKMAL	CHANCE EIN DELIR ZU ERLEIDEN IST
Infektionen (Harnwegsinfekt, Pneumonie)	3 mal höher
Stoffwechselerkrankungen, Elektrolyten Störungen (Na, K)	2,40 mal höher
Dehydratation	Keine Angaben
Schmerzen	Keine Angaben
Emotionaler Stress	Keine Angaben
Immobilisierung (Bettruhe)	Keine Angaben
Anwendung von Fixierungsmaßnahmen	Keine Angaben
Einlegen eines Blasendauerkatheters oder Harnverhalt	Keine Angaben
Obstipation	Keine Angaben
Schlafmangel über einen längeren Zeitraum	Keine Angaben
Neurologische Erkrankung (Schlaganfall, Meningitis, Hirnblutung, Parkinson)	Keine Angaben
Funktionsstörung der Nieren	Keine Angaben
Chirurgische Eingriffe (Einsatz einer Hüftprothese, Herzchirurgische Eingriffe, ...)	Keine Angaben
Und noch weitere	

Neben diesen personenbezogenen Risikofaktoren sind ebenfalls pharmakologische Faktoren von Relevanz.

3.3 Pharmakologische auslösende Faktoren (in absteigender Reihenfolge) (Savaskan u.a. 2017, 50f.)

SUBSTANZ	CHANCE EIN DELIR ZU ERLEIDEN IST
Opioide i.v.	3,75 mal höher
Pethidin	2,40 mal höher
Anticholinergika (z.B. Buskopan,...)	1,80 – 2,30 mal höher
Midazolam (z.B. Dormicum)	1,70 mal höher
Allgemeinanästhesie vs Lokalanästhesie	1,45 mal höher
H2-Rezeptoren-Antagonisten (z.B. Ranitidin)	1,45 mal höher
Valproat (z.B. Depakine)	1,40 mal höher
Lorazepam (z.B. Temesta)	1,20 mal höher
Fentanyl	1,20 mal höher
Morphin i.v. vs oral	1,10 mal höher
Trizyklische Antidepressiva (z.B. Saroten, Surmontil)	Keine Angaben
Antiparkinsonika (z.B. Levodopa, Dopaminantagonisten)	Keine Angaben
Metoclopramid (z.B. Paspertin, Primperan)	Keine Angaben
Und noch weitere	

Einem Delir geht ein komplexes Zusammenwirken von Patienteneigenschaften, wie Vulnerabilität/ Gebrechlichkeit, und auslösenden Faktoren voraus. Bei einer robusten Person etwa sind es hauptsächlich hohe Risikofaktoren (z.B. schwere chirurgische Eingriffe), die zu einem Delir führen. Bei einer sehr gebrechlichen Person allerdings kann bereits ein schwacher Risikofaktor (z.B. Einnahme eines Schlafmittels) ein Delir auslösen (Savaskan u.a. 2017, 52).

Eine Literaturübersicht zeigt, dass sich die Delir-Risikofaktoren in Einrichtungen der Langzeitpflege nicht beträchtlich von jenen in Akutspitälern unterscheiden (ebd.).

4. Interventions- und Präventionsmaßnahmen

(Savaskan u.a. 2017, 54, 63-79)

1. Dokumentation folgender Delir-Risikofaktoren bei jeder stationären Aufnahme:

- o Alter
- o Indikation für die Einweisung
- o Schweregrad der aktuellen Krankheit (anhand des APACHE II Score)
- o Leichte oder schwere Demenz?
- o Nikotin- und Alkoholkonsum?
- o Infektionen?
- o Sehminderungen?
- o Eingenommene Medikamente (insbesondere Schlafmedikamente)

2. Vermeidung der Anwendung von Fixierungsmaßnahmen.¹

3. Primäre (vor Eintritt des Delirs) und sekundäre (im Frühstadium) Prävention:

- o Reorientierung: Anbringen einer Uhr und eines Kalenders, klare Ausschilderung der Toilette; kognitive Stimulation, d.h. Anbringen von Fotos von Familienangehörigen; Besuche von Angehörigen und Freunden befürworten
- o Kontinuität in der Versorgung: Professionelle Entlassungsvorbereitung einschließlich Entlassungsgespräch, Planung fortzuführender Versorgungsmaßnahmen zusammen mit den Angehörigen
- o Auf die Bedürfnisse älterer Personen abgestimmte Raumgestaltung: Lage des Zimmers, Sicherheit im Raum, persönliche Gegenstände, künstliches Licht während der Nacht vermeiden
- o Kommunikation: Transparentes Aufnahmegespräch mit Besprechung der Erwartungen und den zu kontaktierenden Personen²
- o Verbesserung des beeinträchtigten Seh- und Hörvermögens: persönliche Brille auf- und Hörgerät einsetzen
- o Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus: möglichst wenig pflegerische Maßnahmen während der Schlafenszeit vornehmen
- o Frühmobilisierung nach chirurgischen Eingriffen
- o Behandlung von Schmerzen
- o Prävention von Hypoxämie, Dehydratation, Mangelernährung und Obstipation bzw. Förderung der Verdauung: isoosmolare Abführmittel mit Macrogol (z.B. Moviol) sind besser geeignet als Laxantien, die über Elektrolyt- und Wasserverschiebungen im Darm wirken

1 „Jede Handlung oder Prozedur, die eine Person daran hindert, sich an einen Ort oder in eine Position ihrer Wahl zu begeben und/oder den freien Zugang zu ihrem Körper begrenzt durch irgendeine Maßnahme, die direkt am oder in unmittelbarer Nähe des Körpers angebracht ist und nicht durch die Person mühelos kontrolliert oder entfernt werden kann.“ Definition aus „Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“

2 Beispiel im Fall der Gefahr eines Entzugsdelirs: „Wir haben uns die Risikofaktoren für ein Delir, d.h. ein ... in Ihrem Fall angeschaut. Häufig passiert es, dass Patienten nach der Operation an einem Entzugsdelir leiden, da Sie die gewohnten Mengen an Alkohol, sie haben uns ja von 1 Flasche Wein am Tag berichtet, nicht mehr zu sich nehmen können. Was denken Sie? Sollen wir für die 3 Tage im Krankenhaus Ihnen Medikamente anbieten, welche den Entzugserscheinungen entgegenwirken?“

o Anpassung der Pharmakotherapie: Einnahme von Medikamenten überwachen, auf die Verabreichung von Delir auslösenden Medikamenten verzichten

4. Erfassen der Veränderungen in Bezug auf den neurokognitiven Zustand (akuter oder chronischer Verlauf?)

5. Bei älteren PatientInnen mit erhöhtem Delirrisiko:

- o Täglich gezielte Beobachtung auf Deliranzeichen (siehe 1. Welche Eigenschaften zeichnen ein Delir aus?)
- o Erstellen einer individuellen Pflegeplanung, ergänzt durch eine geriatrische oder psychiatrischer Beratung

6. Drains, Schläuche und andere medizinische Materialien entfernen, die das Delir verstärken, und zu alternativen Interventionen, wie etwa dem „Rooming-in“ (Bezugspersonen übernachten im Zimmer), wechseln oder Alarmsysteme (z.B. Klingelmatten) installieren.

7. Im Falle eines Delirs: Untersuchung der Person auf folgende Symptome und anschließende Behandlung der Delir Ursachen:

- o Dehydratation: Flüssigkeitsbilanz erstellen oder überprüfen, Körpergewicht täglich erfassen,
- o Harnverhalt: Blasenscan durchführen, ausgeschiedenen Urinmenge erfassen
- o Traumata: Kürzlicher Sturz?
- o Infektionen: Aspiration, Husten, Atembeschwerden, häufiges Wasserlassen, Hyperthermie, Tachykardie abklären lassen
- o Neurologische Ereignisse: hängender Mundwinkel, Schwierigkeit beim Sprechen und sich-ausdrücken, Kraftverlust, vermindertes Bewusstsein
- o Kardiopulmonal Probleme: Ödeme, beklemmendes Gefühl oder Schmerzen in der Brust, Schwierigkeiten beim Atmen, Atemnot abklären lassen
- o Anämie: Müdigkeit, Blässe, Angstzustände, Muskelschwäche
- o Schmerzen: nonverbale Schmerzhinweise?

Beachtet werden muss, dass der Einsatz der vorgestellten Interventionen bei jedem Patienten neu abgewogen werden muss um eine Reizüberflutung zu vermeiden (z.B. Besuche befürworten – auf die Besucheranzahl und –dauer achten).

Angehörigenbetreuung

Das Delir ist mit seiner fluktuierenden Symptomatik, seinem plötzlichem Auftreten, dem aggressiven Verhalten und den psychotischen Symptomen für die Angehörigen und Betreuer oft sehr verstörend und unverständlich. Daher ist eine zeitgleich mit der Therapie des Betroffenen einhergehende Betreuung und Information der Angehörigen unerlässlich. Diese umfasst die wechselhafte Symptomatik des Delirs, sein multifaktorieller Ursprung, Risikofaktoren, Prognose, Therapie und Folgen für den Patienten und seine Umgebung. Zusätzlich werden folgende Punkte angesprochen: Verfügbarkeit für Hilfeleistungen bei der Nahrungsaufnahme; Möglichkeit, über Nacht zu bleiben; Wichtigkeit der Adhärenz in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Weiter werden sie gebeten dem Pflegepersonal Verhaltensänderungen oder Schmerzen, Unruhe- und Angstzustände, Halluzinationen sowie plötzliche Inkontinenz zu melden (Savaskan u.a. 2017, 71ff.).

5. Es bleibt noch viel zu tun!

Es zeigte sich, dass seitens der Pflegenden Unsicherheiten darüber bestehen, was überhaupt ein Delir ist (Agar et al. 2011). Dabei besteht die allgemeine Überzeugung, dass die Aus- und Weiterbildung den Anforderungen im Umgang mit verwirrten, älteren Patienten nur mangelhaft gerecht wird. Die Vermittlung der Diagnosekriterien von Delir und Demenz, werden hierbei als besonders inadäquat beschrieben (Griffiths et al., 2014).

Die Pflege eines Patienten mit Delir wird als besonders Stress erzeugende Erfahrung beschrieben. Diese scheinbar nicht vorhersehbaren Situationen verursachen ein hohes Arbeitsaufkommen (Lou und Dai, 2002). Der Spagat zwischen der Erhaltung des Systems, des Sorgetragens für andere Patienten, dem Verpflichtungsgefühl dem Team gegenüber und der Sorge um den Menschen mit Delir selbst belastet die Pflegenden (Palacios-Cena et al. 2015; Partridge et al. 2013). Die Verantwortung für die Behandlung, einschließlich der Verordnung von Medikamenten in der zutreffenden Dosierung liegt letztlich bei den Ärzten. Hier wird ein immer wiederkehrender Konflikt beschrieben. Die Pflegenden fühlen sich mit ihren Hinweisen, die auf ein Delir hindeuten, nicht ernst genommen und sehen sich in der adäquaten Reaktion auf ein Delir behindert (Palacios-Cena et al., 2016). Ein adäquates Delirmanagement erfordert daher unbedingt die Zusammenarbeit von Multi-Disziplinären Teams (5 zit.n. 64f.).

Bei Fragen und Anregungen

Anne-Marie HANFF

Stud. M.Sc. Pflegewissenschaft

(Universität Witten/Herdecke)

B.Sc. Allgemeine Pflege, Schwerpunkt Case Management/ Gesundheitsförderung (FH Frankfurt/Main)

Staatlich diplomierte Krankenpflegerin (LTPS Luxemburg)

Kontakt: annemariehanff@pt.lu

Weitere Informationen zu Delirmaßnahmen

Können der NICE-Guideline (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/1-Guidance#risk-factor-assessment>) sowie den folgenden Quellen entnommen werden.

Agar, M., Draper, B., Phillips, P.A., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J. & Currow, D. (2011): Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. In: Palliative Medicine, 26 (7), 887-896.

APA (American Psychiatric Association) (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5. Auflage). Online unter: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>, (06.07.2016).

Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R. & Gladmann, J. (2014): Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. In: Age and Aging, 43: 521-527.

Lou, F-A. & Dai, Y-T. (2002): Nurses' Experience of Caring for Delirious Patients. In: Journal of Nursing Research 10 (4), 279-289.

Palacios-Cena, D., Cachon-Perez, J.M., Martinez-Pidrola, R., Gueita-Rodriguez, R., Perez-de-Heredia, M. & Fernandez-de-la-Penaz, C. (2015): How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. In: BMJ open 6 (1).

Partridge, Judith SI; Martin, Finbarr C; Harari, Danielle; Dhesi, Jugdeep K (2013): The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? In: International Journal of Geriatric Psychiatry (INT J GERIATR PSYCHIATRY), Aug2013; 28(8): 804-812.

Savaskan, E., Hasemann, W. (2017): Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern: Hogrefe

Comment une réflexion sur les déchets devient-elle du développement durable?

Nous sommes partis du constat que nous produisons trop de déchets au bloc opératoire.

Nos réflexions ont porté sur les moyens de réduire le volume de déchets en appliquant les critères du développement durable, sans sacrifier la sécurité du patient, le confort du personnel, et en maintenant ou diminuant les coûts.

Notre démarche de recherche nous a conduits à une étude anglaise réalisée à l'hôpital Trust Royal Liverpool, de dimension comparable au Centre Hospitalier de Luxembourg.

L'hôpital de Liverpool a créé des custom packs (des kits) contenant tout le matériel nécessaire par type d'intervention chirurgicale. Les principaux résultats de l'étude ont été des économies diverses et une réduction du gaspillage de composants. Ces avantages ont eu un effet «boule de neige» dans le sens où ils ont contribué à d'autres effets positifs.

Nous avons donc décidé de mettre en place des custom pack pour 50% des interventions.



Matériel séparé, et custom packs utilisés au CH Luxembourg

Nos conseils pour réussir:

- Ne pas changer les habitudes des opérateurs.
- Cibler les interventions les plus fréquentes.
- Cibler les interventions de courte durée.
- Cibler les interventions avec beaucoup de matériel à usage unique.
- Cibler les interventions d'urgence (césarienne, anévrismes, ...).



Préparation:

5 min 40 pour la voie classique et 1 min 05 lors de l'utilisation d'un custom pack

A matériel équivalent, le gain en temps et en volume de déchets est évident



Qu'avons-nous gagné?

Sur le plan écologique:

- Diminution du volume de déchets à traiter.
- Diminution de transport d'emballages inutiles (nombre de camions sur la route et pollutions diminuées).
- Diminution du coût carbone lié à la production des suremballages.

Sur le plan humain:

- Nous avons gagné 40% de temps de préparation pour les interventions où nous avons des custom packs, ce qui induit, entre autres, un turnover plus rapide.
- Nous diminuons le stress du personnel et le risque d'erreur lors des préparations.
- Les custom packs ont aussi amélioré la cohérence des éléments utilisés (uniformisation du matériel nécessaire par intervention).
- La gestion des stocks, les commandes de matériel et le rangement des dépôts sont simplifiés.
- La formation des nouveaux collaborateurs est plus rapide.
- Nous diminuons le risque d'un emballage perforé ou d'une faute d'asepsie (1 emballage à ouvrir contre plus de 30).

Sur le plan économique:

- Nous pouvons plus facilement gérer les coûts en matériel pour les interventions.
- Le volume de déchets à traiter est divisé par 2.
- Nous avons gagné du temps infirmier.
- Nous avons gagné du temps pour la logistique de pharmacie.
- Le prix des custom packs est égal, voire même inférieur, au prix des composants séparés.

Conclusion:

Cette expérience positive a poussé l'équipe à avoir une vue globale sur ce qu'est un bloc opératoire dans le cadre du développement durable.

Nous menons actuellement une réflexion sur la composition du contenu des custom packs (matières premières bio?), sur le recyclage des déchets plastiques et papiers en salle.

Adapter nos méthodes au développement durable contribue à notre bien-être au travail.

Depuis toujours, les infirmiers se spécialisent en fonction des évolutions de la société.

Aussi ne pourrait-on pas envisager demain, des infirmiers spécialisés dans le développement durable?

J. MOUILLARD,

chef de bloc (mouillard.joachim@chl.lu)

D. DORKEL,

infirmier anesthésiste CHL

Pilotprojekt Palliative Geriatrie 2016 | 2017



„Es genügt nicht zu versuchen, das Konzept von Palliative Care, das für Tumorpatienten entwickelt wurde, unverändert zu übernehmen. Geriatrische Patienten haben infolge ihrer Multimorbidität, ihrer Lebenssituation und ihrer spezifischen körperlichen und seelischen Nöte in vielerlei Hinsicht andere Bedürfnisse und Ansprüche. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, verwende ich mit Bedacht den Ausdruck ‚Palliative Geriatrie‘.“ Marina Kojer, Begründerin der Palliativen Geriatrie, 2010.

Was soll man sich unter Palliative Geriatrie vorstellen?

Betragten Menschen erlauben, in der Institution, ihr Leben bis zuletzt würdevoll und ohne Beschwerden zu leben, das ist oberstes Ziel der Palliativen Geriatrie. Ihre Wünsche, Würde, Schmerz- und Symptommfreiheit zu respektieren ist maßgeblich, damit sie ihre restliche Lebenszeit gut verbringen können. Omega 90 hat sich von Marina Kojer¹ überzeugen lassen, zusammen mit einem

Experten aus Berlin, Herrn Dirk Müller², ein Projekt in diesem Sinn zu starten: die Projektwerkstatt Palliative Geriatrie. Von März 2016 bis Oktober 2017 beteiligten sich sieben Institutionen³ an diesem Prozess.

Sämtliche Mitarbeiter der Institution sollten über den Weg eines hausinternen Projekts überlegen und erfahren, wie Palliative Kultur in der jeweiligen Institution gefördert und gelebt werden kann. Alle Berufsbereiche waren am Projekt beteiligt und ermöglichten den Bewohnern, ihre letzte Lebensphase - bis zur Sterbebegleitung und dem Tod - in bestmöglicher Lebensqualität zu leben. Darüber hinaus sollte das Bewusstsein gestärkt werden, dass die Angehörigen von Anfang an in den Alltag sowie in sämtliche Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden, sofern der Bewohner das wünscht. Dies beinhaltete auch das Angebot, die Angehörigen über den Tod des Bewohners hinaus zu begleiten.

1 Hon. Prof. Dr. Dr. Marina Kojer: Begründerin und Leiterin (1989-2003) der ersten Medizinischen Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie und der Schmerzambulanz am Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) in Wien. Als Ärztin und Psychologin betont sie in ihrer Arbeit, dass Palliative Geriatrie ein Zueinander von Haltung und Fachwissen darstellt – verschiedenste Maßnahmen sind die zwangsläufigen Folgen.

2 Dirk Müller: Exam. Altenpfleger, MAS (Palliative Care), Fundraising Manager (FH); Leiter Netzwerk Palliative Geriatrie Berlin, Vorstandsmitglied Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Vorsitzender Hospiz- und Palliativverband Berlin, Leiter Bereich Hospiz und Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK Berlin. Er ist Autor der Masterthesis „Sorge für Hochbetagte am Lebensende. Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheime als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur.“ IFF Wien (2011).

2 CIPA Grande-Duchesse Joséphine-Charlotte, Junglinster; Hauptmann's Schloss, Berbourg; Home Pour Personnes Âgées, Redange; Hôpital Intercommunal, Steinfort; HVCL, Hospice de Hamm, Luxembourg; Maison de Séjour & de Soins Beim Goldknapp, Erpeldange - ALA; Sainte Elisabeth am Park, Luxembourg

Verständnis von „Palliativ Geriatrie“ seitens der Teilnehmer der Projektwerkstatt.

Palliativ Geriatrie ass d'Liewensbegleedung vum eelere Mënsch mat ënnerschiddleche Gebrechen. D'Selbstbestimmung, d'Stierwen an den Doud gehéieren dozou.

Palliativ Geriatrie ass feste Bestanddeel vun der Philosophie a Kultur vun der Institutioun a gëtt vun alle Mataarbechter gelieft a respektéiert.

Palliativ Geriatrie zeechent sech aus duerch eng Zesummenaarbecht vun alle Bedeelegten an ënnerstëtzt dat soziaalt Ëmfeld.

Ablauf der Projektwerkstatt

Die Mitarbeiter konnten erleben, dass es wertvoll ist, sich auf die Bedürfnisse der hochbetagten, schwerstkranken und zum Teil Bewohnern mit Demenz einzulassen, ihre verbal und non-verbal geäußerte Selbstbestimmung zu respektieren, und die Angehörigen in schwierige Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen. Der „alte“ Mensch hat, mit all seinen Gebrechen und seiner Wesensart, das Recht, seine letzte Lebensphase zu genießen und voll und ganz auszuschöpfen. Dies konnte nur geschehen, wenn die Mitarbeiter die Ressourcen des Bewohners kennen und ihn entsprechend begleiten. Dafür musste ausreichend professionelle Kompetenz entwickelt und gefördert werden, und das Bewusstsein bestehen, dass dem Bewohner nur im berufsübergreifenden Team Genüge getan werden kann. So wurde kompetente und menschliche Altenpflege möglich.

Dieses Umdenken musste von den Direktionen der teilnehmenden Institutionen angestrebt, unterstützt und gefördert werden. Daraus leitete sich die Bedingung ab, dass die Direktionen der Institutionen an der Projektwerkstatt teilnahmen. Durch die Begünstigung der hausinternen Projektgruppe und das Zugestehen von Raum und Zeit für die Mitarbeiter in einem „hierarchiefreien“ Miteinander zu arbeiten, konnte die Einrichtung ihren Weg zu einer verbesserten palliativgeriatriischen Pflegekultur finden und gehen.

Die Tagungen der Projektwerkstatt - drei Module von 3 Tagen und 4 interinstitutionelle Treffen zwischen den Modulen - fanden reihum in den einzelnen Institutionen statt:

Während des Projektes wurde deutlich, dass jede Institution ihren eigenen Rhythmus hat und sich anders entwickelt. In den teilnehmenden Institutionen fanden viele unterschiedliche Entwicklungen zu den Projektthemen statt. Der gegenseitige Austausch in der Projektwerkstatt wurde als spannend und hilfreich erlebt und wurde zu einem Erfahrungs- und Lernort für jeden Beteiligten.

Für die Institutionen war es neu, zulassen zu können, dass JEDER im Alten- und Pflegeheim etwas mit dem Wohlbefinden der Bewohner und Angehörigen zu

tun hat. Einige Institutionen hatten seit Beginn des Projektes eine berufsübergreifende Projektgruppe – Direktion, Pflege, Ärzte, andere Gesundheitsberufler, Hilfsberufe, Erzieher, Küche, Restaurant- und Haushaltspersonal, Rezeption, Techniker, Ehrenamtliche – zusammengestellt. Andere Einrichtungen hatten sich vorerst auf die Pflege beschränkt. Letzteren wurde schnell bewusst, dass sie ihre Gruppe öffnen mussten, da jede Berufsgruppe auf ihre spezifische Art einen Beitrag zur gelebten Palliativkultur beitragen kann. Jede Berufsgruppe weiß um den Zustand des Bewohners und kennt seine Ängste, Sorgen, Wünsche, Nöte und Freuden – aus einem anderen Blickwinkel. Die Lebensqualität des Bewohners lag somit in der Obhut aller.

Zwischen den Modulen fanden regelmäßige Besuche bei den hausinternen Projektgruppen durch das Koordinationsteam von Omega 90 statt. Somit wurde der Kontakt gefördert und der Austausch sichergestellt.

Die langfristige Umsetzung von Palliativer Geriatrie kann nur gelingen, wenn sie von allen in gegenseitigem Respekt im alltäglichen Austausch gelebt wird. Wichtig ist allerdings auch die Einsicht von Seiten der Projektmitglieder, dass nicht alle Mitarbeiter auf Anhieb alles mittragen und mitmachen können oder wollen.

Was hat die Projektwerkstatt bewirkt?

Für die leitenden Verantwortlichen bedeutete das, dass sie Sorge tragen müssen für die Mitarbeiter - ihre Wünsche, Nöte, Anliegen, Ängste und ihre Überforderung. Die Mitarbeiter müssen darauf vertrauen können, dass sie ernst genommen und unterstützt werden. Zudem bedeutete dieser Weg, dass Weiterbildungen gefördert werden. Viele Teilnehmer der hausinternen Projektgruppen, welche nicht in der Pflege arbeiten, haben angegeben, dass sie sehr viel von diesem Projekt gelernt und profitieren konnten. Einige der Teilnehmer hatten bereits eine Weiterbildung in Palliative Care absolviert, andere wollten dies baldmöglichst tun.

Die Projektwerkstatt hatte seit Beginn an einem Vertrauensverhältnis in der Gruppe gearbeitet. Jeder Teilnehmer konnte frei und offen über den Werdegang seines Projektes, über Erfolge, Rückschläge und Aha-Erlebnisse sprechen. Die Rückmeldungen der andern Teilnehmer waren respektvoll, wohlwollend und anregend. Hier war der Platz, wo in aller Offenheit und Transparenz durch theoretische Inputs, durch Bearbeiten von bereitgestellter Literatur, durch Darstellung des Fortschreitens der einzelnen Projekte Erfahrungen, Anstöße und Ermunterungen ausgetauscht wurden. Mit gegenseitiger Unterstützung wurden gemeinsame Lösungen gesucht und gefunden.

Positive Rückmeldungen seitens der Teilnehmer der hausinternen Projektgruppen betrafen häufig die **Kommunikation** in der Institution; jeder fühlte sich besser informiert, involviert und akzeptiert; er wusste, dass er

von den andern lernen konnte. Viele Teilnehmer betonten zudem, dass ein gemeinsames Vokabular entstanden war, was die Kommunikation zusätzlich vereinfachte. Besonders konstruktiv werteten sie die Zusammenarbeit aller Beteiligten auf das gemeinsame Ziel hin, die bestmögliche Lebensqualität für den Bewohner während seines Gesamtaufenthaltes in der Einrichtung erreichen zu wollen. Dies waren grundlegende Voraussetzungen für das Gelingen von Palliativer Geriatrie.

Um dies zu veranschaulichen hier einige Beispiele: Wenn die Mitarbeiter am Empfang Bescheid wissen, wenn es einem Bewohner schlechter geht, fühlen sie sich sicherer im Umgang und in der Kommunikation mit den anderen Bewohnern und den Angehörigen. Die Küche reagiert schneller und positiver auf Anfragen nach einer an den Patienten angepasste Speisezubereitung (z.B. bei Kau- und Schluckbeschwerden) seitdem das Küchenpersonal die Umstände besser kennt. Einige Köche statten den Abteilungen jetzt regelmäßig Besuche ab. Das Raumpflegepersonal hat mehr Verständnis dafür, dass ein Zimmer mal nicht nach Plan geputzt wird oder Möbel umgestellt werden sollen, wenn sie die Hintergründe kennen. Das Pflegepersonal ist sich bewusst, dass es einige Informationen mit anderen teilen muss, wenn es erreichen will, dass andere Mitarbeiter nachvollziehen können, inwiefern Entscheidungen zum Wohle des Bewohners getroffen wurden. Hinzu kommt, dass durch das Projekt das Pflegepersonal Vorschläge von andern Mitarbeitern zu schätzen gelernt hat. Die Gewissheit, dass die Leitung sehr wohl ein Gespür und Gehör für verschiedene Anliegen hat, ist gewachsen.

Das Pilotprojekt zu wagen war ein mutiger Schritt seitens der Institutionen, da das Konzept und die Philosophie der Palliativen Geriatrie in Luxemburg in die-

ser Form neu war. Allerdings war dem Projektteam bewusst, dass in sämtlichen Luxemburger Alteninstitutionen seit Jahren das Personal, vor allem in der Pflege, in Palliative Care ausgebildet wurde, das Projekt somit schon auf einem soliden Fundament stehen würde. (Bottom-up-Prinzip).

Durch das Pilotprojekt Palliative Geriatrie in Luxemburg sollte auch das Bewusstsein der Direktionen dafür gestärkt werden, wie ausschlaggebend die Zusammenarbeit aller Mitarbeiter und Berufsgruppen in einer Institution ist. Ein hausinternes interdisziplinäres Projekt lieferte hierfür überzeugende Argumente, wenn es von der Direktion gewollt und genügend unterstützt wird (Top-Down-Prinzip).

Alle Teilnehmer des Pilotprojektes haben ihren Blickwinkel auf den zu pflegenden alten Menschen und auf die anderen Mitarbeiter erweitert. Sie waren der Ansicht, dass die Lebensqualität eines jeden Bewohners ab dem Einzug ins Heim von zentraler Bedeutung ist. Der Lebensweg der in der Einrichtung lebenden Menschen und seiner Angehörigen sollte nach dessen Wünschen und Willen bis zu seinem Tod begleitet und gestaltet werden.

Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg

Im Januar 2017, zehn Monate nach Projektbeginn also, äußerten einige Projektwerkstattmitglieder den Wunsch, auch über die Dauer der Projektwerkstatt hinaus weitere Treffen vorzusehen. Das Anliegen wurde regelmäßig während den Tagungen diskutiert und die Vorstellungen der Projektteilnehmer wurden immer klarer:



> Actualités professionnelles

- Kollegialer Austausch von Wissen und Erfahrungen im gegenseitigen Vertrauen sollte weitergeführt werden, damit die hausinternen Projekte weiterhin gewährleistet sind.
- Palliative Geriatrie sollte systematisch mittels einer dokumentierten Qualitätssicherung in den Einrichtungen überprüft und ausgebaut werden und somit nachhaltig sein.
- das Konzept Palliative Geriatrie sollte auch anderen Kollegen nahegelegt werden.
- Kontakt zu bestehenden Netzwerken in Deutschland sollte gesucht und gefestigt werden

Der Beschluss ein Netzwerk Palliative Geriatrie in Luxemburg zu gründen, wurde im Mai 2017 in der Projektwerkstatt getroffen, und Omega 90 wurde aufgefordert die Koordination dieser Treffen zu übernehmen.

Ziele des „Netzwerks“:

1. Gegenseitiges Lernen durch offenen Austausch, kritische Reflexion und Ausarbeitung von Empfehlungen zu „best practice“ und Qualitätssicherung

2. Information und Sensibilisierung zu den Themen der palliativen Geriatrie: in der Fachöffentlichkeit bei den Bewohnern der Institutionen und deren Familien in der allgemeinen Öffentlichkeit
3. Forschung zu den Themen der Palliativen Geriatrie
4. Weitere Institutionen zur Teilnahme am Netzwerk motivieren

Die Gründung des Netzwerks Palliativ Geriatrie zeigt, dass die Einrichtungen die Projektwerkstatt als Erfolg und Mehrwert betrachten und der Wunsch besteht, zukünftig weitere Projektwerkstätten durchzuführen, damit das Konzept der Palliativen Geriatrie sich in den Alten- und Pflegeeinrichtungen in Luxemburg weiterverbreiten kann.

Marcelle DIEDERICH

Weiterbildungskoordinatorin Omega 90
Projektkoordinatorin Palliative Geriatrie⁴

⁴ Auf der Internetseite www.omega90.lu finden Sie den Abschlussbericht des Pilotprojektes sowie weitere Informationen zum Netzwerk Palliativ Geriatrie

**ASSOCIATION NATIONALE
DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
LUXEMBOURGEOIS**



*Find & Like us
on Facebook*

ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LUXEMBOURGEOIS

B.P. 1184 | L-1011 LUXEMBOURG



Bulletin d'Adhésion Anil

Nom:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

.....

Téléphone (privé):

E-mail:

Nationalité:

Fonction Actuelle:

Date du jour:

Qualité de membre: membre actif membre passif membre étudiant

Assurance: oui non

Membre actif (cotisation 55,00 €):

peut devenir toute personne qui a un diplôme d'infirmier ainsi que tout membre d'une profession dont la formation est une spécialisation basant sur le diplôme d'infirmier, travaillant au Luxembourg.

Membre passif (cotisation 20,00 €):

peut devenir chaque membre actif cessant temporairement l'activité professionnelle ou retraitée.

Membre étudiant (gratuits à partir de BSI 1):

peuvent devenir les étudiants en soins infirmiers, ainsi que ceux des différentes spécialisations.

**Le coût de l'assurance professionnelle est de 25,33 € /par an et s'ajoute à la cotisation.
Pour contracter une assurance il faut être membre de l'ANIL.**

Informations supplémentaires: www.anil.lu



TRAITEMENT D'UN ULCÈRE DIABÉTIQUE SUR LE TALON GAUCHE AVEC ALGINOGEL[®] ENZYME

ANTÉCÉDENTS

Patient de 62 ans présentant un ulcère diabétique en raison d'une problématique neuropathique. Le patient souffre d'un pied de Charcot. En juillet 2014, drainage d'un abcès au pied gauche, avec ostéomyélite étendue. Depuis février 2015 NDT, arrêt le 31 mars et démarrage du traitement à base de Flaminal[®] Hydro en combinaison avec Mepitel[®] et Zetuvit[®]. Arrêt de Flaminal[®] Hydro le 19 mai, traitement uniquement avec de la vaseline.



31/03/2015

T : 95 % de tissu de granulation
I : ostéomyélite, temp. 40,8 °C
M : plaie humide
E : formation de cal, bords de la plaie très ramollis



13/04/2015

T : 100 % de tissu de granulation
I : infection, administration intraveineuse d'antibiotiques
M : humide
E : bords de la plaie roses et bizarres



13/06/2015

T : 100 % de tissu de granulation
I : aucun signe d'infection
M : humide
E : bords de la plaie sains



05/08/2015

T : la plaie est presque fermée
I : aucun signe d'infection
M : sèche
E : bords de la plaie sains